

· 简报 ·

128 例肺结核合并糖尿病治疗观察

王 静¹, 高兴云¹

肺结核与糖尿病在临床上常合并存在,相互影响。目前,在我国两病发病率均较高,本文对近 7 年本院收治的肺结核合并糖尿病 128 例进行回顾性分析,报告如下:

临床资料:(1)发病情况:128 例肺结核合并糖尿病为我院 1994 年 1 月至 2000 年 12 月住院病人,其中男 94 例,女 34 例,年龄 16~76 岁。40 岁以下 12 人,41~60 岁 92 人,61~76 岁 24 人。先患糖尿病后发现肺结核 64 例,先患肺结核后发现糖尿病 18 例,同时发现 46 例。(2)肺结核情况:128 例中初治 86 例,复治 42 例。病史在 1 年以上者 78 例。咳嗽 122 例,咯痰 104 例,咯血 48 例,发热 82 例,盗汗 42 例,气促 38 例,胸痛 18 例,体重下降 76 例。其中,粟粒型结核 4 例,浸润型肺结核 86 例,慢性纤维空洞型肺结核 26 例,结核性胸膜炎 12 例,痰抗酸杆菌阳性 82 例。胸部 X 线表现病变多为浸润干酪病灶,范围广泛,易形成空洞,且多为虫蚀样空洞及干酪厚壁空洞,支气管播散病灶多,下肺野及前段病变较单纯肺结核显著增多。(3)糖尿病情况:按 1985 年 WHO 糖尿病诊断标准及分型,其中 2 型糖尿病 120 例,1 型糖尿病 8 例,入院时最高血糖水平在 10mmol/L 以下 28 例,在 10.1~23mmol/L 100 例。4. 治疗:全部病例均予糖尿病饮食控制,胰岛素替代治疗者 53 例,单用口服药 12 例,两药并用 86 例。初治肺结核治疗方案 2~3SHRZ/6HRE,复治及耐药肺结核选择敏感药物,方案多为 3CHThPOX/DThOX(X 为保留用药,据药敏选择),痰菌培养阴转后 9~12 个月停药。

结果:疗程结束时,痰菌阴转 69 例,阴转率 85.4%(69/82)。X 线改变按照 1982 年全国结核病学术会议修订的标准,以全吸收加显吸收为显效,以显吸收为有效,分别为 72.0%和 95.3%。按空腹血糖良好(6.1~7.0mmol/L)、一般(7.1~8mmol/L)、差(8.1mmol/L 以上)为标准分类,128 例病人中,良好 38 例,一般 72 例,差 18 例。肺结核恶化 4 例,死

亡 2 例均属糖尿病控制差者。

讨论:肺结核与糖尿病互有影响,当肺结核病人经正规化疗效果不佳,病变持久不愈甚至恶化时,应提高对糖尿病的警惕性^[1]。对两病并发的治疗,应合理的控制饮食。血糖在 11mmol/L 以上者,应首先应用胰岛素治疗,其目的在于应用长、中、短不同制剂和不同剂量、次数、时间的胰岛素搭配组合,替代正常生理的胰岛素使血糖昼夜接近生理水平^[2]。普通胰岛素耐药者可应用诺合灵治疗。2 型糖尿病或血糖在 11mmol/L 以下者,可单用降糖药治疗,或两种药物(胰岛素和降糖药)合用。有些结核病人消瘦,对胰岛素较敏感,易发生低血糖和 somogyi 效应^[3],应定期和不定期检测血糖和尿糖,使血糖控制在 7.9~11.1mmol/L。应注意抗结核药物对糖尿病的不良影响,利福平与磺脲类药物联用时,应适当加大磺脲类药物的剂量。乙硫乙烟胺有降血糖作用,与降糖药联用时,应减少降糖药的剂量。乙胺丁醇和糖尿病对眼有双重不良作用,应经常进行眼科检查。当结核性胸膜炎需用糖皮质激素治疗时,应密切观察血糖,必要时增加胰岛素或降糖药的剂量,并应适当缩短激素的应用时间。糖尿病有可能使吡嗪酰胺的关节疼痛加重。糖尿病结核的抗结核化疗在很大程度上取决于血糖的控制,若血糖控制好,则病灶吸收,空洞闭合,痰菌阴转,与单纯肺结核治疗效果无显著差异^[4],因此,有效的控制糖尿病是肺结核合并糖尿病预后的关键。

参考文献:

- [1] 肺结核合并糖尿病时糖尿病的分型控制标准与肺结核的病变划分及化疗原则试行标准[J]. 中国防痨通讯, 1989, 11(1): 45.
- [2] 戴自英. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1992. 241.
- [3] 沈兴平. 糖尿病肺病变[J]. 重庆医科大学学报, 1997, 22(3): 270.
- [4] 赫伟风. 肺结核与糖尿病 39 例分析[J]. 中国防痨杂志, 1995, 17(3): 107.